

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日		年齢
お名前	大正・昭和 平成・西暦	年 月 日	歳
性別	男・女	身長	cm
		体重	kg
		体温	℃
現住所	〒 -		TEL ()
			携帯 ()

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入ください

いつから、どんな症状ですか？ (右欄に記載下さい)	
今まで大きな病気・けが、手術を受けたことがありますか？ なし・あり→	●いつ頃? ●どんな病気 ●医療機関名
現在治療中の病気はありますか？ 飲まれているお薬はありますか？ <u>お薬手帳をお持ちの方は拝見します。</u> なし・あり→	●どんな病気 ●薬 ●医療機関名
血縁の方で、右にあてはまる方は いらっしゃいませんか？ なし・あり→	●脳卒中 () がん () 糖尿病 () ●高血圧 () 高脂血症 () ●その他 []
薬や食品などにアレルギーはありますか？ なし・あり→	薬： 食品： その他：
たばこは吸いますか？ 吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている→	●本数 () 本/日 ●期間 (~ 歳)
お酒は飲みますか？ 飲まない・飲む→	●頻度 毎日・週 () 回・機会飲酒 ●種類 ●1回に飲む量
女性の方のみお答えください	●妊娠の可能性 あり・なし ●授乳中 はい・いいえ

当院をお知りになったきっかけは何ですか？

- ホームページ
 通りがかり
 知人・家族のご紹介
 他医療機関からのご紹介 ()
 その他 ()